



SCHEMA PERSONALE

Cognome e nome _____ nato a _____ il / /

Indirizzo _____ tel. _____

Altri recapiti telefonici in caso di necessità _____

Medico curante _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Vaccinazione antitetanica, data dell'ultimo richiamo _____

Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

Presenta allergie o intolleranze a farmaci? NO SÌ Quali? _____

Presenta allergie o intolleranze ad alcuni alimenti? NO SÌ Quali? _____

Altri tipi di allergia o intolleranza? _____

È stato affetto da malattie gravi? NO SÌ Quali e quando? _____

Presenta patologie in atto? NO SÌ Quali? _____

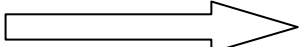
Fa uso abituale di farmaci? NO SÌ Quali? _____

_____ Dosaggio _____

Quali farmaci generalmente usa in caso di sindrome influenzale? _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data _____

segue 

Dichiarazione liberatoria

Il sottoscritto _____ nato a _____ il / / ,
esercente la potestà genitoriale del minore _____ in qualità di
_____ (1)

dichiara

che in caso di eventi gravi, tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute, che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere, anche chirurgiche, indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai famigliari (che sarà sempre tentata), si rimette, finché assente, alle decisioni dei responsabili dell'unità e dell'*équipe* medica di assistenza.

Firma di accettazione

(1) - indicare se genitore o tutore legale

Le informazioni contenute nella scheda personale sono consultabili esclusivamente dai responsabili dell'unità.